

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4370500540		
法人名	特定非営利活動法人NPOみなまた		
事業所名	グループホームふれあいの家		
所在地	熊本県水俣市月浦213-1		
自己評価作成日	H26年1月24日	評価結果市町村報告日	平成26年3月5日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市北区四方寄町426-4
訪問調査日	平成26年2月6日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

田園地帯にあり、静かで景色が広々と見渡せます。敷地内に広い畑も所有。重度になっても対応できるように屋内はすべてバリアフリーにしています。地域との結びつきは年々深まっており、地域住民の方に助けられながら、お返しできる関係を目指しています。またご家族と共に支えあえる関係を大切にしています。ご本人の意向をていねいに聴き取り、生き生きと暮らして頂けるように、職員は黒子になって支えていく努力をしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

水俣市の南部に位置し、周辺にはみかん畑や、住宅地が存在する静かな環境である。本年度は入居者の入れ替わりもあり、重度化が進んでいた昨年度と比べ、自立度が高く様々な入居者の対応にそれぞれ全職員で話し合い、問題把握や解決対応に取り組んでいる。昨年同様地域との連携構築は更に深まっているようで、ホームからの地道な働きかけの成果であると考えられる。地域の方のホーム訪問や、地域行事への入居者の参加の理解もあり、認知症への理解、啓発へ継続して取り組んでいただきたい。今後も地域連携を深め、更なる家族、入居者との信頼関係構築の継続に努められることが期待される。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	人権を尊重し、安心した生活を支援し、これまでの暮らしを心に留めその人らしく暮らすための支援は、職員間で共有できている。	理念は常に念頭に置き、業務にあたっている。「人権、安心、共生」を基本理念とし、その人らしい生活を送れるように支援している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	組入り、運営推進会議、地域行事への参加等でお世話になっている。災害時の連絡網も協力体制が出来ている。行方不明時の協力体制もお願いしている。利用者2名と職員4名が地域住民なので、繋がりは親密である。	地域との繋がりは強く、地域の行事や祭り、組み入り、役員改選等出席している。週1回地域で開催される高齢者参加のイベントに参加している。年1回「たてみち祭り」という祭りも恒例化しており、地域住民の参加やボランティアの参加が年々多くなりホームの認知度も浸透しているのが確認できる。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域行事や週1回の公民館での集まり(地域リビング)に参加したり、地域住民をクリスマスに招待したり春には祭りを開催している。認知症の方々と触れ合う機会を日常的に作ることで、認知症への理解を深めてもらっている。気軽に相談にも乗れるよう働きかけている。地域向け回覧も不定期で発行している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	年6回開催。会議での意見を利用者の暮らしや防災等に活かしている。情報提供や協力体制を得るための地域連絡網を作っている。祭りのボランティアも会議のメンバーが率先して協力して下さる。	基本隔月開催している。メンバーは家族代表、自治会長、民生委員、行政職員、地域包括センターの職員、ホーム職員で構成されている。ホームの活動報告、意見交換等が活発に行われている。地域の情報を知ることができ、かつ協力依頼できる良い機会となっている。	出席されていない家族へも議事録の報告、配布をされたらいかがでしょうか。よりホームへの理解・協力が得られると思います。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	年4回開催される地域密着型サービス部会や年6回の運営推進会議等を通じて意見交換、情報提供等をしており、協力関係を築いている。	運営推進会議への参加や、行政主催の研修会等を通じて、情報交換や報告等を行い協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についての学習会は法人内研修会で全職員が学んでいる。利用者個別については職場内ミーティングで必要に応じ、討議検討している。ただ帰宅願望の強い方が現在4名おられ対応が追いつかず、家族とも話し合い、玄関または扉を閉めることもある。他の方法を検討中。	法人内での研修や外部・内部研修で学んでおり、身体拘束の弊害は理解しており、実際の業務中でのケアの中で職員間で話し合うこと、指導することもある。現在、不穏な方が多くおられ、その対応に職員全員で取り組んでおり、離設に関しては、家族の承諾の下、さまざまな方法を試みているところである。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	何が虐待なのか、と言う事を学習会を通じて全職員で取り組んでいる。特に一人夜勤で、極めて弱い立場の利用者の人権が守られているのか検証し合い、各職員の意識向上に努めている。		

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	法人内研修で全職員が権利擁護の学習会を実施。成年後見制度も同時に学習している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用者や家族との信頼関係を第一に置いており、入居時以外にも折に触れて説明し、不安や疑問に答えるように努めている。重度化時や終末期も家族と話し合いを重ねている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議や家族会、面会時等機会あるごとに意見、要望を聴き、それに応えるよう理事会や法人内施設長会議等で伝えている。	家族の面会は多く、信頼関係も構築されており、運営推進会議への参加もあり、意見や要望等を出される。月1回ホームから各入所者の報告に一筆書いて送付している。何かあると、電話やメール等を用いて報告や情報収集を行っている。その都度、意見等を聞いている。出された意見については早急に解決するように努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	契約更新時に施設長が個別面談をしている。日常的にもミーティングや申し送り等で意見を聞いて改善に向けた努力をしている。また法人内の職員集会を年1回設け、意見や提案を出している。	契約更新の期間も以前より長くなり、職員からの意見も以前より出てくるようになっていく。改善に向けて、法人全体で取り組む姿勢がある。管理者や幹部等は、普段の業務中や月1回のミーティング等でも意見を聞く姿勢を持ち、話しやすい雰囲気である。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	隔月置きに開催される理事会で施設長が職場の状況改善を訴えている。月1回の法人内施設長会議でも現状を報告し合い検討を重ねている。今年度はパート職の夜勤手当のアップ、次年度からの契約更新の延長等が実現した。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内の施設長会議で毎年研修の年間計画を立て、新任研修、現任研修を開催している。全職員が法人内研修を受けており、外部研修にも積極的に参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホームの地区ブロック会や地域密着型部会等の学習会参加を通じて、職員間の交流に取り組んでいる。法人内でも同様の取り組みをしている。		

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	まず本人の意向や家族からの要望等をしていねいに聴いて、全職員で話し合っている。それぞれのニーズに合ったケアの統一を図ることで、初期の不安や混乱を出来るだけ防ぎ、信頼関係を築いている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族やケアマネその他これまでに関わった人たちから極力情報を集め、全職員に把握させている。初期は特に本人の様子を家族に詳しく小まめに伝えている。そこで家族の意向を再確認し、不安の軽減に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居申し込み時に相談に乗る。グループホームの特徴(長所短所)をよく説明する。必要と思われた時は他のサービス利用を紹介する事もある。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の得意なことを探し、力を発揮してもらったり、昔のことをいろいろ教えてもらったりして人生の先輩として接するよう努力している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会の度に家族との情報交換を密に行うよう心掛けている。毎月個別に「おたより」を送っている。近況や体調の変化の報告、写真掲載等で身近に感じてもらえるよう工夫している。遠方の家族にはこまめに電話やメールで話し合っている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	入居時や普段の関わりの中で利用者や家族の意向、希望等を確認している。通える人は、老人会や介護予防事業(まちかど健康塾)、地域リビング等へ日常的に参加している。家族との外出、帰省も積極的に支援している。	本人や家族の意向を聞き、馴染みの関係の継続を支援している。毎週開催される地域事業に、毎回参加される方もおられ、支援を継続している。家族の協力の下、外出、外食、外泊等の支援もしている。入居後に馴染みの関係を形成され、その継続の支援もしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	相性を考慮し席を決めている。気の合う人同士はソファーや部屋で自由にくつろいでもらっている。他人の介入を拒む人は一人で過ごせるスペースを用意し、安心して暮らせるよう配慮している。		

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後もお見舞いに行ったり、亡くなられたら葬式や初盆に行ったりと、その後の付き合いを大切にしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日々の会話の中で意向や希望等を確認したり、家族から情報を得たりしている。それを申し送りや毎月のミーティング、モニタリングで検討し、共有している。	入居者との会話から意向等を把握したり、家族から情報を得ることも多く、記録し職員間で共有して検討している。言動と行動を把握し、問題解決へ向けて全職員で取り組んでいる。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人、家族、知人からこれまでの暮らしを折に触れ聞いて記録。ケアマネからの情報もファイルし、職員全員が把握できるように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の観察、情報交換とともに毎月のモニタリングを通して本人の心身状態の細密な把握とニーズの再発見に努めている。特に重要なことは「気付きシート」に記入し、タイムリーに全職員が把握できるようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	担当制としており、毎月のモニタリングやミーティングの際に利用者の情報を提供し、ケアマネがそれを要約して月別ケアプランの変更をしている。それに基づきケアプランを作成している。	入居時には関係者からの事前情報、家族、本人からの情報を基に、暫定の計画を計画作成担当者が作成し、実施し、期間をおいて、職員の意見を取り入れた計画を作成している。定期的に計画の見直しを行い、担当者による毎月のモニタリングや他の職員の意見を取り入れた、入居者の現状に即した計画の作成をしている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	月別ケアプランを日々のケアにすぐ反映されるように個別記録と共にファイルしているので、本人の何を把握すればいいか一目で分かるようにしている。その他1日の流れ表、排便チェック表等を活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	全職員が臨機応変に個別のニーズに対応している。外出やレクリエーション等利用者の気分や天候に合わせ柔軟な支援をしている。家族やボランティアにも協力を頼むことがある。		

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の介護予防事業(まちかど健康塾)や地域リビングへの参加、運営推進会議、老人会との交流等地域資源の活用で利用者の生活の幅が広がっている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	馴染みのかかりつけ医との関係を大切にする為、月1回の受診に家族の同行、職員の同行が各1名。その他は2週間ごとにかかりつけ医に定期往診を依頼。他の医療機関を受診する時は家族が出来ない時は職員が同行している。	入居以前の医療機関の受診を受けられるようにしている。2週間に1回、かかりつけ医の往診がある。毎月の受診には家族通院が基本であり、要望があれば職員による通院介助をしている。眼科、皮膚科などは職員による通院介助である。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護と連携し、週1回心身の状態を経過観察してもらっている。気づいた事を相談して適切なアドバイスをもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを提供。主治医の病状説明には家族と同席して、情報を得、退院後の対応の仕方をもとに把握できるように努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・終末期ケアの対応指針は作成している。ホームで急に亡くなられた方もいる。重度化された場合は家族と主治医を交え何度も話し合いを重ね、共に納得のいく方針を出している。	ホームの方針は重度化した時に家族等にホームで出来ること、出来ないこと、重度化・終末期ケアの対応指針を説明している。主治医との連携のもと、話し合いを重ね、入居者、家族の希望に応じた支援を行っている。	入居時の入居者や家族にもホームの重度化・終末期にむけた方針・指針の説明が期待されます。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	消防署の協力を得て、救急救命法の講習を全職員が定期的に受けている。急変時の学習会は職員間で定期的に行っている。夜間帯の急変時には応援がすぐ駆けつける体制を取っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回避難訓練の実施。緊急連絡網を職員用、地域用に作成している。訓練時も地域住民や地域消防団に参加してもらったり、観察して意見をもらったりして連携を図っている。	年2回消防署、消防団の指導のもと、火災、避難訓練を実施している。昼間、夜間想定で、入居者参加である。車椅子の方は実際、移乗したり、医療器具の操作など実際行っている。通報訓練、職員連絡網、近隣連絡網を訓練している。	

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	排泄や入浴時は声掛けに配慮しドアを閉める。異性の介助を嫌がる人には同性が介助。入浴を嫌がる人は散歩で汗をかいてから勧める等タイミングを見計らい、無理に勧めないよう配慮している。写真等は個人情報保護にも配慮。	入居者に応じた呼び方をし、声かけや対応に努めている。入浴や排せつ時はプライバシーに配慮している。入居者によって男性職員と女性職員による対応が良いかを検討し対応している。個人情報にも十分配慮し、記録は入居者をイニシャルで表している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	会話の中でさりげなく表現されること等を常にアンテナを張ってキャッチするよう、全職員が努力している。服選びや入浴時間を決められる方には希望に沿って支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	出来るだけ希望に添いたい、その人らしく暮らして欲しいという気持ちは共有できている。起床時間も食事時間もそれぞれの希望に合わせている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	要望に沿って髪染めやヘアカット等支援している。朝の整容やこざっぱりした好みの服で過ごせるよう支援している。服選びが出来る方は希望に沿っている。外出時は出来るだけおしゃれな服装を勧めたりしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立は各利用者の好みをほぼ把握しており、それに沿って立てている。移動販売の八百屋や魚屋が来る時は好きな物を買ってもらったりしている。食事の席もお互いがリラックスできるように配置している。毎月1回調理デイを設け一緒に作っている。	献立は職員が入居者の好みや季節感を取り入れて作成している。野菜を多くした献立で、御飯は柔らかく、味付けも薄めに努めている。食事の時間は楽しく会話をし、気持ち良く食事してもらい、情報を集めている。出来る方に下膳や下拵えなどを一緒に行っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量、水分摂取量は毎回チェックし様々な工夫や声掛けで必要量を摂れるように支援している。水分の不足する人には持病や栄養バランスを考慮しながら、好みの飲み物や寒天ジュース等で補っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	それぞれの力に応じて見守り、声掛け、1部介助等の支援で口腔ケアを行っている。全介助の人は毎食後口腔状態を把握しながらケアをしていた。		

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄チェック表を利用し、個々の排泄パターンを把握。出来るだけトイレやポータブルトイレを利用してもらっている。	個別の排泄チェック表を記入し、各入居者の排泄パターンを把握している。自立の方が多く、特に排便に関しては、入居者がトイレに入られた後、気を付けて排便チェックをしている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	運動、離床、食物繊維、水分摂取を基本に便秘対策を行い、出来るだけ自然排便があるように心掛けている。整腸剤、便秘薬等も主治医と相談し、個々に合った与薬法、量を検討し便秘や下痢を予防している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	週2、3回が基本だが毎日の人もある。希望時間はできるだけ本人の要望に沿っている。入浴嫌いな人は散歩等で体を動かしてもらいタイミングを逃さず誘導。浴室、脱衣室は快適な温度に調整している。	希望に応じて、午前午後好きな時間で、気持ち良い入浴支援を行っている。入浴支援をする職員を選ばれることもある。許否の方は、時間をあけて声かけしたり、タイミングを見計らって誘導することもある。汚染時は、シャワー浴や清拭、部分浴で対応することもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	本人のペースで自由に休んでもらっている。食事以外は休息が必要な人もいる。夕食後寛げる人には眠くなるまでリビングや自室で過ごしてもらっている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	誤薬防止のため見分けのつきやすい薬袋を作成し、職員管理のもと与薬している。薬の内容は個別の受診ファイルにとじ、変更は見やすい所に表示している。薬の目的や副作用の学習会も必要時にしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	お誕生会や月1回の調理デイ等と一緒に作ったりと、生活にメリハリがつくように努力している。掃除もできる方には手伝ってもらっている。「水俣病の語り部」としてしっかり社会貢献されている方もいる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	老人会旅行、介護予防事業(まちかど健康塾)、地域リビングへの参加、買い物、ドライブ、散歩等の支援を出来るだけしている。家族の協力で毎月自宅に帰られる方もいる。	季節ごとに花見やドライブなどに出かけている。日常的に近隣の散歩や買い物に出かけている。週数回地域行事に参加している入居者もおられる。離設の場合は、後ろからついて行き、時期を見計らって声かけをしている。家族の協力を得て、外出、外泊の支援もしている。	

グループホーム ふれあいの家

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物を楽しめる人には財布から買い物をしてもらっている。お金を持つことで不安や混乱が生じる人もいるので、本人の力に応じて支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人の希望があれば電話をかけ、家族からの電話は取り次いでいる。手紙やはがきは届いたら何度も読んでもらったりしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	明るい南向きのリビングで窓から季節の花や畑が眺められる。リビングは家庭的な雰囲気を大事にして、個々人がくつろげるようにソファの置き方を工夫し、ゆったりと過ごせるように心掛けている。トイレや浴室、脱衣所も体が不自由でも使いやすいように空間を広く手すりも四方につけている。	バリアフリーが徹底しており、共有空間のリビングは入居者が過ごし易く、動き易いようにテーブルやソファをレイアウトしている。日差しや換気などに配慮し、心地よく過ごせるように努めている。現在入居者の状態に合わせて、掲示物も最小限にしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	他の方の介入を嫌がる人はテーブルを別にしたたり、ソファや衝立を利用して一人になれるスペースを提供している。一緒に会話を楽しめる人同士はテーブルを相席にしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	出来るだけ自宅から使いなれた家具を持ってきてもらっている。家族の写真等を飾って淋しくないように配慮している。整理が困難でも本人が自由に押し入れやタンスを扱えるようにしている。物があることで不安になる人は最低限の家具だけを置いている。	家族の協力のもと、以前から使用されている家具や生活用品を持ち込んでもらうように依頼している。電化製品や仏壇など持ち込まれ、その人らしい居室づくりの支援をしている。入居者の現在の状況に応じて家具を制限し洋服等の置き場所を変えたりと、工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	車椅子に対応できるように屋内すべてバリアフリーにしている。手すりも随所に設置。トイレ・浴室も車椅子に十分な広さを確保。出口2か所にはスロープと手すりを設けている。必要な人にはベッドサイドに介助バーを取り付けている。居室にコールボタンやセンサーを設置し、安全な生活が送れるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所 グループホームふれあいの家

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 3 月 5 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議に家族の参加が期待できないため、会議の内容や活動が伝わっていない。	家族に本人を支えているのがホームだけでなく、地域とのつながりの中で支えられていることを理解してもらおう。	家族向けの通信で運営推進会議の内容を報告する。	3ヶ月
2	33	重度化・終末期ケアの対応指針について、今まで本人・家族には重度化した時点で説明していたが、入居時にははっきり伝えていなかった。	入居後の重度化・終末期ケアに対してホームがどのように対応する方針なのかを、入居時または早い段階で説明し、本人・家族の心積もりや将来の人生設計を描けるよう援助する。。	すでに作成している重度化・終末期ケアの対応指針を会議で見直し、改めて家族に配布・説明する。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。